

«Алғалы қалалық ауруханасы»
мемлекеттік
коммуналдық кәсіпорыны

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
2023 жылғы 19 желтоқсандағы
№ 173 бұйрығына
қосымша

"Бала денсаулығының паспорты" № 052-2/унысаны

Балаңыздың аты, әкесінің аты (бар болса)

Түпнұсқа Ермеков А

ЖСН

Туған күні 12.09.2022

Жынысы еркек

Үйінің мекенжайы (немесе интернат үлгісіндегі ұйымның

мекенжайы)

м.к.м. қарағандық қала 48-33 кв

Занды өкілдер туралы мәліметтер:

Тіркесу емханасы

КМБ

Қантобы

Резус-факторы

Мүгедектік (иә / жоқ)

топ

Бала диспансерлік есепте тұрма (иә / жоқ)

Диагноз (АХЖ-10 коды)*

Диспансерлік есепке алу күні

* B20-B24, F00-F99 диагноздарлық қоспағанда

1-кесте. Ұйымдардың сипаттамасы

Тұсуайы, жылы	Ұйымдардың сипаттамасы					
	Мектепке дейінгі		Жалпы орта білім беру ұйымы		Интернат үлгісіндегі ұйымы	
	Жалпы	Түзету	Жалпы	Түзету	Жалпы	Түзету

2. Анамнестикалық мәліметтер

2-кесте. Аллергоанамнез

Аллергия (иә / жоқ)

Аллергия түрі

*

Аллерген

Қай жастан бастап

Диагноз қойылған жыл Ескертпелер

* Аллергия түрі: вакциналық, дәрілік, аллергиялық аурулар.

Параметрлер	ағымдағы жасқа арналған соңғы күнтізбелік жылдағы профилактикалық қарап- тексерулер туралы мәліметтер
Зерттеп-қарау күні	
Бойы	
Салмақ	
Қорытынды диагноз (оның ішінде негізгі және і леспе аурулар)	
Денсаулық тобы	
Дене шынықтыру сабақтаруш ін медициналық тобы	
Ұсыныстар	

Жүргізілген озықті профилактикалық қарап тексерулер туралы мәліметтер болмаған жағдайда баланың тіркелген жері бойынша емханаға жүгіну ұсынылады.

8-кесте.

Психологиялық-медициналық-педагогикалық
консультацияға (бұдан әрі – ПМПК) жіберу туралы мәліметтер*

ПМПК- ға жіберілген күні	Диагнозы (АХЖ-10 коды)	ПМПК өткендігі туралы белгі

* болған жағдайда

Зертханалық зерттеулер / Лабораторные исследования
Зертханалық зерттеулердің мәліметтері /
Данные лабораторных исследований

Зерттеулердің түрлері (қан, несеп, нәжіс және басқалар) Вид исследований (крови, мочи, кала)	Күні Дата	Нәтижесі Результат
ОАК	20.05.25	ГВГ - 110 г/л септ - 90 г/л Эритроцит - 3,5 г/л СОЭ - 90 мм/ч
ОАМ	20.05.25	Видиме

Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігі
Министерство здравоохранения
Республики Казахстан
Ұйымның атауы мемлекеттік
Наименование организации

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің
міндетін атқарушының 2020 жылғы «30» қазандағы №ҚР
ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 065/е нысанды
медициналық құжаттама
Медицинская документация Форма № 065/у утверждена
приказом исполняющего обязанности Министра
здравоохранения Республики Казахстан от «30» октября
2020 года №ҚР -175/2020

Профилактикалық екпелердің
КАРТАСЫ
КАРТА
профилактических прививок

2022 жылғы (года) «09» 17 есепке алынды (взят на учет)

Ұйымдасқан балалар үшін балалар мекемесінің атауы
(для организованных детей наименование детского учреждения)

1. Тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество) Әбдімәлік Әбдімәліков

2. Туған күні (Дата рождения) 17.09.2022

3. Мекенжайы: елді мекен (Домашний адрес: населенный пункт
көшесі (улица) 43/1 үй (дом) Ноفا корпус Сити пәтер (квартира) 33

Мекенжайы ауысканы туралы белгілер (Отметки о перемене адреса) 8771-126-08-54
Мәшһүр

Туберкулез ауруына қарсы екпе/Прививка против туберкулеза

Туберкулез сынамалары Туберкулезные пробы		Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Медициналық қайшылықтар (күні, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
күні дата	нәтижесі результат					
	егу вакцинация	17.09.22	18.09	0,05	2378	1 мек - 2 мек пох
	кайта егу ревакцинация				20069	3 мек - 3 мек пох
						блес - 3 мек пох
						гер - мрб 4 мек

Полиомиелитке қарсы екпе / Прививка против туберкулеза

Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия	Жасы Возраст	Күні Дата	Сериясы Серия
V	19.07.23	0,5	246V	V	13.05.25	0,5	511M	
V	06.06.25	0,5	961M					
V	28.08.24	0,5	511V					

Күл, көкжөтел, сіреспеге қарсы екпе/Прививка против дифтерии, коклюша, столбняка*

	Туған жылы Дата рождения	Күні Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екіге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы(Т*) Общая(Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V	19.07.23	0,5	246V	гексаксим	мрб	мрб	
	V	06.06.25	0,5	961M	пента	мрб	мрб	
	V	28.08.24	0,5	511V	гексаксим	мрб	мрб	
Кайта егу Ревакцинация	V	13.05.25	0,5	511M	пентаксим	мрб	мрб	

* Препараттар мына эріптермен белгіленеді: АКДС – адсорбтелген, кокжотел – дифтерия-сіреспе вакцинасы, АДС – адсорбтелген дифтерия – сіреспе анатоксині, АДС – М-анатоксин-адсорбтелген дифтерия-сіреспе анатоксині, құрамында антиген мөлшері азайтылған. АД – адсорбтелген дифтерия анатоксині АС – адсорбтелген сіреспе анатоксині, К – кокжотел вакцинасы.

* Препарат обозначать буквами: АКДС – адсорбированная, коклюшно-дифтерийно – столбнячная вакцина, АДС – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин, АДС-М-анатоксин – адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин с уменьшенным содержанием антигенов, АД – адсорбированный дифтерийный анатоксин, АС – адсорбированный столбнячный, анатоксин, К – коклюшная вакцина.

Вирусті гепатитке қарсы екпе / Прививка против вирусного гепатита

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	17.09.22	12.09	0,5	20004	ВТМ	нб	нб	
	V ₂ 19.07.23	0,5	246V	ВР.В:	нб	нб		
	V ₃ 28.02.24	0,5	881V	ВР.В:	нб	нб		
Қайта егу Ревакцинация	V ₁ 13.05.25	0,5	202309013	ВР.В:	нб	нб		

Паротитке қарсы екпе / Прививка против паротита

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар Медицинский отвод
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
пехерімі	V ₁ 29.11.24	0,5	013310388	нб	нб	

Қызылшаға қарсы екпе / Прививка против кори

Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Екпеге дене серпілісі Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
				Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
	V ₁ 29.11.24	0,5	013310388	нб	нб	

Басқа жұқпалы ауруларға қарсы екпе (Прививка против других инфекций)

	Туған жылы Дата рождения	Күн Дата	Дозасы Доза	Сериясы Серия	Препараттың атауы Наименование препарата	Екпеге дене реакциясы Реакция на прививку		Медициналық қайшылықтар (күн, себебі) Медицинский отвод (дата, причина)
						Жалпы (Т*) Общая (Т*)	Егілген жерде Местная	
Егу Вакцинация	V ₁ 19.07.23	0,5	2168	превенар	нб	нб		
Қайта егу Ревакцинация	V ₂ 28.02.24	0,5	9430	превенар	нб	нб		
	V ₃ 29.11.24	0,5	881V	превенар	нб	нб		

Есептен шығарылған күні (Дата снятия с учета)

Себебі (Причина)

Қолы (Подпись)

Карта баланы есепке алғанда балалар емдеу – профилактикалық ұйымында (ЕПУ) толтырылады.

Қаладан (аудандан) көшкен кезде қолына егілгені туралы анықтама беріледі.

Карта ұйымда қалады.

Карта заполняется в детской лечебно-профилактической организации (ФАП) при взятии ребенка на учет.

В случае выезда из города (района) на руки выдается справка о проведенных прививках.

Карта остается в организации.



Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушының
2020 жылғы "30" қазандағы № ҚР ДСМ-175/2020 бұйрығымен бекітілген № 027/е
нысанды медициналық құжаттама

Медицинская документация форма № 027/у утверждена приказом исполняющего
обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от "30" октября
2020 года № ҚР ДСМ-175/2020

Форма № 027/у

СПРАВКА На диспансерном (динамическом) учете: не состоит

Дата выдачи 13.08.2026

Ұйымның атауы Наименование организации Государственное коммунальное предприятие "Городская многопрофильная больница
№2" на праве хозяйственного ведения Государственного учреждения Управление здравоохранения Актюбинской области

1. ЖСН/ИН

2. Пациенттің тегі, аты, әкесінің аты (Фамилия, имя, отчество пациента): ТУЛЖАН ЕРНАЗАР АЙБЕКОВИЧ

3. Туған күні (Дата рождения): 17.09.2022

4. Мекенжайы (Адрес): РЕСПУБЛИКА: Казахстан, ОБЛАСТЬ: Актюбинская, ГОРОД ОБЛ.ЗНАЧ.: Ақтобе, СЕЛЬСКИЙ ОКРУГ: Каргалинский, ЖИЛОЙ МАССИВ:
Ақтобе Сити, МИКРОРАЙОН: Ақтобе Сити, ДОМ: 43К

5. Медицинское заключение:

калл на я/г отр

6. Рекомендации (при необходимости):

Эпид окружение чистое

7. Фамилия, имя, отчество (при его наличии) и идентификатор врача, выдавшего справку:

ЖҰМАҒАЛИҚЫЗЫ АЙЗЕРЕ



Мөр
(Печать)